

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

420

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Albert MOTHAY

Né le 13 Février 1911, à PONTORSON (Manche)

Contribution à l'étude
des Péritonites Chroniques
Encapsulantes

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Albert MOTHAY

Né le 13 Février 1911, à PONTORSON (Manche)

Contribution à l'étude des Péritonites Chroniques Encapsulantes

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUFT-NEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.....	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCK.....	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GAILLIARD	Parasitologie.
CHEVALLIER	Bactériologie.
	DE GAUDART
	D'ALLAINES.
	Pathologie chirurgicale
	DE GENNES...
	Pathologie médicale.
	GAYET
	Physiologie.
	GIROUD
	Histologie.
	HAGUENAU
	Pathologie médicale.
	HALPHEN
	Oto-rhino-laryngologie
	HAZARD
	Pharmacologie.
	HUGUENIN
	Anatomie pathologique
	JOANNON
	Hyg.ène.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOUL..
	Obstétrique.
	LAROCHE Guy.
	Pathologie médicale
	LELONG
	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.....	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.)..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR.....		
LIAN		
PASTEUR-		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
ECALLE	} Clinique obstétricale	
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

RUPPE	
WEIL-HALLE	
LEDoux-LEBARD	
PHILIBERT, agrégé ...	
MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui nous devons tant, faible
témoignage de notre grande affection
et reconnaissance.

A MON TUTEUR

MONSIEUR PIERRE LEGAY

Directeur Honoraire de l'Ecole de Saint-Malo
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA FEMME

A MON FILS

A MON FRERE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse,
hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN

Professeur de Clinique chirurgicale

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Dont nous avons été l'interne et
qui nous aida beaucoup pour cette
thèse, respectueuse affection et recon-
naissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ABEL PELLE

Ancien Chef de Clinique chirurgicale de la Faculté de Paris

Professeur suppléant

à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui nous inspira le sujet de cette
thèse,

En témoignage de notre profonde
reconnaissance et de notre fidèle attachement.

A TOUS MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PÉRITONITES CHRONIQUES ENCAPSULANTES

INTRODUCTION

En France, ce ne fut qu'au mois de septembre 1929, grâce à une malade entrée dans le service de M. le Professeur LENORMANT, que le nom de péritonite encapsulante fut donné par M. WILMOTH et PATEL à une péritonite chronique hyperplasique connue en Allemagne sous le nom de *Zuckeraussdarm* ou intestin glacé.

Le Professeur GRÉGOIRE avait pourtant signalé une observation en 1921, mais sous le nom : d'intestin grêle en totalité rétropéritonéal. Il l'avait interprété comme une malformation péritonéale tout à fait exceptionnelle.

Depuis les travaux faits dans le service du Professeur LENORMANT d'autres cas ont été publiés et DEVAUX, interne des Hôpitaux de Paris, fit sur ce sujet une thèse remarquable.

Nous nous proposons d'y ajouter notre très modeste étude et de donner quelques observations nouvelles que nous devons à nos Maîtres MM. HARDOUIN et Abel PELLÉ.

Dans cette contribution à l'étude des péritonites chroniques encapsulantes nous envisagerons successivement les points suivants :

D'abord, après avoir donné une définition, nous essaierons de dégager quelques symptômes, ensuite de rechercher le mécanisme et l'étiologie de cette curieuse affection et d'indiquer enfin quelques essais de traitement.

ESSAIS DE PRECISION SUR LES SYMPTOMES DE LA PERITONITE CHRONIQUE ENCAPSULANTE

DÉFINITION.

Nous reprendrons celle de MM. WILMOTH et PATEL :

La péritonite chronique encapsulante ou *intestin glacé* des Allemands est une péritonite chronique aboutissant à la formation d'une membrane fibreuse, couenneuse, blanchâtre et brillante qui sépare la séreuse pariétale de la séreuse viscérale enfermant une plus ou moins grande partie de l'intestin grêle et du gros intestin dans un sac bien cloisonné à l'intérieur. C'est donc une *péritonite fibreuse encapsulante*.

CLINIQUE.

L'allure clinique de la péritonite chronique encapsulante est bien difficile à préciser et c'est presque toujours sur une erreur de diagnostic que l'on pratique une laparotomie. A l'intervention on trouve la péritonite chronique encapsulante. (MADIER seul a posé le diagnostic de péritonite encapsulante une fois avant l'intervention.)

Cependant chez beaucoup de malades on retrouve des symptômes communs.

LE DÉBUT se fait ordinairement à bas bruit et la péritonite encapsulante s'installe peu à peu. Souvent, depuis plusieurs années, le malade se plaint de douleurs coliquatives périodiques, de paresse intestinale avec paroxysme, parfois, surtout chez la femme, d'impression de tumeur abdominale qui apparaît et disparaît après une crise de durée variable : il s'agit d'une véritable *tumeur à éclipses*, comme le dit de façon si imagée mon Maître, Abel PELLÉ. Il faut signaler cependant que le début brutal par occlusion existe.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT, c'est-à-dire lorsque le sac nacré est constitué, on a des signes beaucoup plus nets qui se résument en :

- Symptômes fonctionnels gastro-intestinaux, et
- Symptômes physiques : une tumeur abdominale ou pelvienne.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Les plus fréquents sont les *douleurs* : leur siège est variable. Le plus souvent on a des douleurs péri-ombilicales, parfois elles sont localisées à la fosse iliaque droite et attribuées au cœcum, à l'appendice ; enfin elles peuvent être dans le bas-ventre et sembler d'origine annexielle.

Leur genre : ce sont des coliques abdominales avec

paroxysmes, sensation de tiraillement, de torsion, évoluant par poussées durant parfois plusieurs jours, disparaissant pour revenir de nouveau quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Le mécanisme de ces douleurs semble être en rapport avec la gêne qu'apporte au transit intestinal le tassage des anses dans le sac enkystant.

Les *vomissements* sont également fréquents et surviennent aussitôt après les repas ou au moment de la crise douloureuse. Ces vomissements sont souvent bilieux, verdâtres et toujours très pénibles.

Enfin il faut signaler la suppression plus ou moins complète de l'émission des gaz et une *constipation* souvent opiniâtre qui s'installe progressivement, d'abord alternant avec des périodes de diarrhée, puis constante, s'accompagnant de ballonnement et de météorisme. Ce trouble de l'émission des matières et des gaz peut aller jusqu'à la subocclusion et l'occlusion complète. C'est souvent une des grandes raisons qui force le malade à accepter la laparotomie.

SYMPTÔMES PHYSIQUES.

L'examen physique de l'abdomen montre presque toujours une *tumeur* qui a ceci de particulier : à certains moments on la palpe facilement, à d'autres il faut la rechercher très minutieusement, souvent on ne la retrouve plus, d'où son nom mérité de tumeur à *éclipses*.

Ordinairement de forme ovoïde, à grand axe ver-

tical, arrondie irrégulièrement, elle est de consistance élastique. Son volume habituel varie de la grosseur du poing à une tête d'enfant.

Si à la percussion on trouve parfois une matité à limite supérieure convexe en haut, on a souvent un tympanisme très clair et cristallin, c'est grâce à cette sonorité spéciale que MADIER fit son diagnostic.

Son siège est variable, parfois nettement abdominal, elle semble plus souvent partir du pelvis et déborder la symphyse.

Sa mobilité est variable, ordinairement très limitée et parfois nulle.

Il faut savoir que cette tumeur peut manquer : on ne trouve dans ce cas qu'un peu de ballonnement ou de météorisme.

L'état général est souvent atteint : le malade est pâle, fatigué, amaigri ; souvent sa température est au-dessus de la normale.

Dans les cas où on peut pratiquer un examen radiographique il faudra remarquer : d'abord l'absence de véritables signes d'occlusion, puis la disposition de l'intestin grêle en paquets et enfin des signes indirects : le refoulement de l'estomac et du gros intestin à la périphérie de l'abdomen.

Tant que ces signes restent bénins, ils reçoivent des étiquettes variées et des sanctions thérapeutiques dont les effets paraissent parfois heureux, peut-être parce que leur mise en vigueur coïncide avec la terminaison d'une crise douloureuse, comme le dit M. PATEL.

Mais devant une accentuation manifeste des troubles

initiaux, le chirurgien est appelé à examiner ces malades et à intervenir. Et, dans ce cas, il interviendra pour l'une des deux raisons suivantes : soit pour lever une occlusion, soit pour enlever une tumeur.

M. JOSA rapporte que quinze jours après une opération d'appendicite chez une jeune fille de 16 ans, un syndrome d'occlusion aiguë apparaît. En bonne logique il en rapporte la cause à l'observation première ; or l'intervention montre une péritonite encapsulante responsable du syndrome occlusif.

M. ESAÛ opère un homme de 49 ans pour sténose du grêle et trouve une péritonite encapsulante.

M. GUINARD rapporte qu'il fut obligé d'intervenir chez un mécanicien du P.-L.-M. qui présentait des symptômes d'occlusion à répétition avec vomissements nombreux, amaigrissement progressif ; il trouva une péritonite encapsulante.

PREMIERE OBSERVATION. — Le Professeur LENORMANT rapporte l'histoire d'un homme de 44 ans sans autres antécédents qu'une fièvre typhoïde en 1908. Depuis plusieurs années cet homme présente des troubles digestifs assez vagues : lenteurs des digestions, nausées, régurgitations, endolorissement du ventre. Ces accidents surviennent par crises que séparent de longues périodes d'accalmie. En février 1932 cet homme a été opéré d'appendicite. Je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur les constatations faites au cours de cette intervention, toujours est-il qu'elle n'a amélioré en rien son état, et vers la fin de 1932

les troubles se sont aggravés : chaque jour, une demi-heure ou une heure après les repas, surtout le soir, survient la crise douloureuse, débutant à l'épigastre et à l'hypocondre gauche, puis irradiant à tout le ventre. Cette crise se termine habituellement par un vomissement abondant, aqueux, renfermant une grande quantité de flocons bilieux vert clair.

Depuis quatre mois le malade se plaint d'une constipation opiniâtre et le ventre est généralement ballonné. Depuis quelques semaines les nausées et les vomissements rendent l'alimentation presque impossible et le malade a maigri de 7 kilos.

La palpation du ventre ne révèle rien d'anormal, mais l'examen radiologique montre des signes évidents de sténose duodénale : sous l'écran l'évacuation de l'estomac est rapide et même accélérée sans arrêt au pylore, mais la bouillie s'arrête brusquement au milieu de la troisième portion du duodénum et distend la partie de cet intestin située en amont ; elle ne parvient que lentement en se fragmentant dans le jéjunum. La radiographie montre une énorme distension des deux premières portions et de la moitié droite de la troisième portion du duodénum, arrêtée à la ligne médiane. Ce duodénum dilaté a l'aspect et le calibre d'un gros intestin. Au delà de l'obstacle on ne voit pas se dessiner l'angle duodéno-jéjunal. Mais dans l'intestin grêle, vers la zone ombilicale, on aperçoit quelques taches arrondies de bouillie barytée.

Première opération le 20 mars 1933 : C'est donc avec le diagnostic de compression duodénale par le

pédicule mésentérique et dans l'intention de faire une duodéno-jéjunostomie que je suis intervenu. Aussitôt le ventre ouvert il s'écoule de la cavité péritonéale une faible quantité de liquide jaune verdâtre et je suis frappé par l'aspect de la région sous-mésocolique qui est celui de péritonite encapsulante la plus typique : le péritoine pariétal est d'un blanc vernissé formant une lame d'au moins 1 millimètre d'épaisseur, qui peut se cliver. Il n'y a aucune adhérence entre le péritoine pariétal et le sac viscéral. Une grosse tumeur formée de deux boudins accolés et entièrement recouverts par une membrane épaisse blanc bleuâtre, représentant l'intestin grêle avec son mésentère. Cette tumeur est attachée à la paroi abdominale postérieure, en haut la membrane enveloppante s'arrête par un bord net transversal, comme tiré au cordeau, sur la face inférieure du mésocôlon transverse, laissant libre le côlon transverse et le grand épiploon, ce dernier ne présentait que quelques adhérences inflammatoires banales... Mais la reprise des fonctions intestinales fut lente à se produire et le ventre restait distendu malgré des injections de prostigmine et des lavements hyperchlorurés.

Le 31 mars (onzième jour), après une purgation, le malade a un vomissement bilieux. Des vomissements semblables se répètent les jours suivants, moins fréquents toutefois et moins abondants qu'avant l'opération. Malgré des selles régulières le ventre reste météorisé.

Un nouvel examen radiologique fait le 4 avril mon-

tre que la bouillie barytée traverse assez rapidement le duodénum sans arrêt sur la ligne médiane, mais avec un étranglement au niveau de la portion ascendante, puis que survient une onde péristaltique qui la fait refluer jusque dans l'estomac. Il est donc évident que la libération des anses grêles n'a pas suffi à faire disparaître complètement la stase duodénale et qu'une nouvelle intervention s'adressant directement à cette stase est nécessaire, elle sera sans doute possible maintenant que l'intestin grêle est débarrassé du sac qui l'emprisonnait.

Cette deuxième opération est faite le 20 avril par mon chef de clinique, M. PATEL. Après avoir détaché des adhérences récentes de l'intestin à la paroi et libéré prudemment le duodénum, qu'il a trouvé très dilaté et comprimé par le mésentère formant bride, PATEL a fait une duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique au bouton. Les suites ont été très favorables et le malade a quitté le service complètement guéri le 11 mai.

Revu en juillet il est toujours en parfait état, a engraisé notablement et ne présente plus le moindre trouble digestif.

DEUXIEME OBSERVATION. — Dans l'observation suivante *inédite* de MM. Abel PELLÉ et Louis GASTEL nous retrouvons des signes identiques :

Mme P..., 39 ans, est amenée d'urgence à la Maison de Santé pour violentes crises douloureuses abdominales.

A l'interrogatoire on apprend que cette malade a déjà

présenté de nombreuses crises analogues. La première semble remonter à l'âge de 13 ans. Chacune de ces crises est confondue avec celle d'une appendicite. Elle se traduit par des douleurs, des vomissements, un ventre plus ou moins ballonné. Elle dure de trois à quatre jours. Entre chaque crise l'état général semble bon.

La dernière est particulièrement violente, les douleurs sont vives, s'étendent à tout l'abdomen, les vomissements se répètent jusqu'à entraîner une véritable intolérance gastrique. Tous ces signes allant en s'accroissant et l'état général déclinant, une consultation chirurgicale proposée par le Docteur GASTEL est acceptée. C'est dans ces conditions qu'on est appelé à voir la malade.

Celle-ci, qui se plaint en outre de violentes douleurs dans son sciatique gauche, est fatiguée.

A l'inspection le ventre est ballonné ; on ne note ni circulation collatérale, ni dépliement de l'ombilic.

A la palpation il est légèrement tendu et, sous cette tension, il est impossible de percevoir dans la profondeur une tumeur solide ou liquide.

A la percussion la sonorité est normale.

Le toucher montre un utérus en rétroversion et une petite tumeur irrégulière fixée dans le cul-de-sac gauche. L'essai de mobilisation de cette masse provoque des exacerbations dans le sciatique gauche.

La température est de 37°5, le pouls est régulier et bat à 100. On pense à des accidents occlusifs d'origine génitale et on intervient le 8 mars 1937.

Intervention. — Laparotomie para et sous-ombilicale après une anesthésie générale à l'éther. Le péritoine adhérent est prudemment incisé, il n'y a pas d'ascite. Les anses grêles sont accolées les unes aux autres et recouvertes par un voile léger à la partie inférieure. L'utérus est collé à ses anses et les annexes forment avec elles une masse impossible à séparer et à cliver.

Dans la région sus-ombilicale il existe une tumeur à surface claire légèrement bleutée à l'intérieur de laquelle semble disparaître l'intestin. Elle est recouverte par une membrane épaisse dont l'aspect et la consistance rappellent celle d'un kyste de l'ovaire. Elle recouvre le côlon transverse, les parties supérieures des côlons droit et gauche et semble se confondre avec le tablier épiploïque dont il ne reste plus que quelques îlots graisseux. Cette membrane semble donc essentiellement formée par ce grand épiploon qui a subi d'importantes modifications. Un fragment en est prélevé et envoyé pour examen histologique à M. HUGUENIN.

Instruit par une observation précédente nous nous contentons de refermer la paroi sans avoir libéré l'intestin enfoui sous cette péritonite encapsulante.

La malade est rapidement améliorée, les douleurs disparaissent, le ventre devient souple, et sous l'influence d'un traitement local la sciatique est rapidement guérie en une douzaine de jours.

Une ébauche de crise réapparaît vers le vingtième jour, elle dure peu et actuellement la malade se trouve

en bon état. Elle ne souffre plus, elle a retrouvé l'appétit et repris plusieurs kilos.

Dans beaucoup de cas les signes intestinaux sont plus discrets et en palpant l'abdomen on découvre souvent une tuméfaction plus ou moins régulière. Suivant la situation qu'elle occupe on émet la supposition qui paraît la plus vraisemblable :

soit tumeur abdominale,

soit tumeur génitale, kyste de l'ovaire ou fibrome.

Ainsi ANTONOPOULOS croit avoir affaire à une tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire chez une jeune fille de 17 ans qui, depuis un an, présente un syndrome de colite avec météorisme et chez qui une tuméfaction abdominale s'était développée ; cette tumeur siégeait dans la partie droite du ventre, grosse comme le poing, légèrement mobile et sensible. Chez une autre malade de 20 ans, venue pour douleurs abdominales, le même auteur, devant une tumeur abdominale mésogastrique, mobile, douloureuse, grosse comme une tête d'enfant, fait le diagnostic de kyste du mésentère. Or, à l'intervention, il trouva les deux fois une péritonite encapsulante.

TROISIEME OBSERVATION. — De même M. BERGERET rapporte l'histoire d'un homme de 40 ans dont

les premiers troubles remontent au 25 décembre 1930. En ce jour de fête le malade a particulièrement bien déjeuné et dîné. A minuit il est pris de vomissements et de diarrhée. Il reste à la diète le lendemain, ce qui ne l'empêche pas d'avoir, à la fin de la journée, un vomissement noir comme de la suie délayée. Le deuxième jour il se purge, ce qui lui donne d'abondantes évacuations. Il se remet facilement de cet incident et en janvier et février se porte bien. En mars il est à nouveau pris de vomissements et se met à vomir presque tous les jours un liquide jaune acide tandis que la constipation s'installe.

Ces troubles fonctionnels s'accroissent en avril. Les douleurs abdominales à type de coliques s'installent en même temps qu'une sensation de ballonnement apparaît. Le 20 avril se produit une crise de subocclusion qui cède rapidement et spontanément. Le 13 mai nouvelle crise ; je suis appelé à le voir le 14.

A l'examen l'abdomen est un peu tendu et je puis percevoir une masse arrondie régulière occupant la région ombilicale, l'hypogastre et se prolongeant dans la fosse iliaque droite. Je pense qu'il s'agit d'un kyste du mésentère.

Intervention le 15 mai 1931. Je fais une incision médiane sous-ombilicale que je prolonge par la suite au-dessus de l'ombilic. Le péritoine pariétal est normal. Dès qu'il est ouvert j'aperçois une masse volumineuse ovoïde qui occupe toute la partie de l'abdomen que je puis voir. La paroi en est brillante, vernissée par place, terne en d'autres. Cette masse ressem-

ble à s'y méprendre à un volumineux kyste de l'ovaire à paroi épaissie et sur laquelle, par endroits, se sont faits des dépôts inégalement répartis de couche fibroïde. Aucune anse intestinale nulle part et c'est vraiment un spectacle étrange que cette cavité abdominale sans intestin.

Ayant reconnu qu'il s'agissait d'une péritonite encapsulante j'attaque cette coque dont la paroi est épaisse d'environ 4 à 5 millimètres et lorsque je l'ai traversée brusquement une anse intestinale grêle s'échappe par l'orifice que je viens de faire et c'est là également un spectacle curieux que cette anse sortant de ce sac.

C'est malheureusement une des rares anses libres, car la plupart sont non seulement contenues dans le sac, mais encore unies entre elles par des cloisonnements fibreux qui partent de la face profonde du sac et s'insinuent entre elles et même entre les replis des mésos.

Par un travail long, minutieux et nécessitant une grande patience je réussis à libérer sans incident le grêle de bout en bout et le cadre colique qui se trouvent englobés dans cette coque.

Les suites opératoires furent simples, sauf une phlébite du membre inférieur gauche qui se manifeste le cinquième jour et guérit simplement. Les fonctions intestinales se rétablirent et devinrent très rapidement régulières.

La péritonite encapsulante simule rarement, surtout chez la femme, une tumeur abdominale. Le chirurgien

fait plutôt un diagnostic de tumeur génitale, soit *fibrome*, comme dans le cas rapporté par MM. F. D'ALLAINES et JOMAIN (parfois d'ailleurs les deux lésions fibrome et péritonite encapsulante coexistent (cas de MM. TANASESCU et BARBILLON), soit plus souvent *kyste de l'ovaire*.

QUATRIEME OBSERVATION *inédite*. — Dans cette observation, due à mon Maître, M. le Professeur HARDOUIN, nous avons l'histoire de Mme L..., âgée de 38 ans, entrée dans le service en mai 1936 pour une tumeur abdominale. Dans ses antécédents on ne retrouve rien d'important, jusqu'à l'an dernier ; elle n'a jamais été malade. Depuis l'an dernier elle souffre de constipation opiniâtre et de vives douleurs dans la région abdominale gauche. De plus une tuméfaction est apparue qui augmente peu à peu de volume : partie de l'hypochondre gauche, elle a bientôt gagné tout l'abdomen.

Etat actuel : la malade présente un aspect fatigué, les traits un peu tirés, elle déclare avoir maigri, cependant son état général n'est pas mauvais. Elle se plaint de constipation opiniâtre. En outre elle éprouve, à certains moments, une certaine douleur à la miction. L'urine, émise cinq à six fois par jour, ne présente ni pus ni albumine. Le rein n'est ni palpable ni douloureux. C'est surtout son ventre qui l'inquiète : depuis un an il n'a cessé d'augmenter de volume. Pouls régulier ; température vespérale : 38°.

Inspection : l'abdomen présente l'aspect d'une gros-

sesse de 6 mois environ : la tuméfaction, assez régulièrement arrondie, occupe principalement la région abdominale, elle proémine en avant et les flancs ne sont pas étales. La peau est normale et on ne voit pas de circulation veineuse supplémentaire.

Palpation : tumeur arrondie régulière de consistance élastique et qui ne paraît pas s'enfoncer dans le bassin. En haut elle ne se limite pas aussi bien qu'à la partie inférieure et la palpation réveille dans la profondeur une sensibilité assez vive.

Percussion : matité dans toute la région sous-ombilicale. En haut, cette matité affecte dans son ensemble une ligne légèrement concave vers le bas, un peu irrégulière, avec des zones de sonorité exagérées. Enfin la tumeur ne se déplace pas, quelle que soit la position que l'on fasse prendre à la malade.

Le toucher associé au palper permet de reconnaître un utérus de volume sensiblement normal, dont le col est légèrement dévié à droite. Cet utérus est un peu douloureux et pas très mobile, mais il est facile de constater qu'il ne fait pas partie de la tumeur sous-jacente.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire est porté.

Intervention : anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine pariétal est libre, mais rouge, et présente quelques granulations semblables aux granulations tuberculeuses. Il existe une très petite quantité de liquide ascitique. La tumeur apparaît immédiatement lisse, arrondie, blanche à son extrémité inférieure, bombant au-dessus du

petit bassin. En haut et en avant, la membrane enveloppante devient plus rosée, toute recouverte de granulations et rejoignant l'épiploon épaissi, rétracté, adhérent en avant à la paroi abdominale présentant, elle aussi, des lésions bacillaires indiscutables. Pas de traces d'anses intestinales visibles. En passant la main sous la tumeur pour la limiter en arrière, on ouvre une loge péritonéale enkystée, contenant environ un demi-litre de liquide ascitique. On peut alors constater que la poche engainante renferme tout l'intestin grêle, le côlon ascendant et la majeure partie du côlon descendant.

Enfin, on note que tout le petit bassin est recouvert d'une couche épaisse analogue à celle qui tapisse l'intestin et qui recouvre et dissimule complètement l'utérus et les annexes. Prudemment, la membrane encapsulante est incisée pour essayer de libérer les anses intestinales. De larges placards sont ainsi enlevés à la partie inférieure de la poche, ce qui permet ainsi la sortie facile d'une bonne partie d'intestin. Vers la partie supérieure, moins épaisse et plus friable, les essais d'ablation sont arrêtés par crainte de léser l'intestin recouvert de granulations et facilement saignant.

Des morceaux de cette fausse membrane sont prélevés pour l'examen histologique (nous en parlerons plus loin). Nettoyage de la cavité abdominale à l'éther et réfection de la paroi en trois plans sans drainage.

La malade a très bien guéri : en moins d'une semaine, est progressivement revenue à la normale.

De même dans l'observation suivante, nous retrouvons des signes identiques.

CINQUIEME OBSERVATION *inédite* (Abel PELLE, Gruel). — C'est l'histoire de Mme B..., âgée de 54 ans, examinée pour une tumeur abdominale s'accompagnant de troubles digestifs durant depuis des années.

Il y a bien, en effet, dix ans que cette malade souffre de l'abdomen. Ce sont des coliques intermittentes, évoluant par crises et s'accompagnant souvent de vomissements. Les selles sont irrégulières, tantôt constipation, tantôt diarrhée.

Malgré un traitement médical rigoureux, un régime sévère, les crises se rapprochent, leur intensité augmente. A chaque crise, le ventre se ballonne et c'est dans ces conditions que nous sommes appelé à l'examiner en janvier 1936.

La malade est fatiguée, amaigrie, le ventre est soulevé par une tumeur volumineuse qui remonte au-dessus de l'ombilic.

La palpation permet d'en préciser les limites, elle la montre légèrement mobile dans le sens transversal. Elle est un peu douloureuse.

A la percussion, elle est tantôt sonore, tantôt mate.

Au toucher, il est difficile de distinguer l'utérus qui semble être confondu avec cette tumeur et mobilisable avec elle ; les culs-de-sac ne sont pas refoulés.

Malgré quelques anomalies au cours de l'examen, nous pensons à la possibilité d'une tumeur d'origine

génitale : kyste ou fibrome et nous conseillons l'intervention. Celle-ci est refusée.

Par la suite, les symptômes vont d'ailleurs en s'améliorant, la tumeur abdominale diminuée, s'affaïssie en partie pour réapparaître par la suite, réalisant ainsi une véritable tumeur à éclipses.

Toute cette évolution est nettement précisée par le Docteur GRUEL qui, devant l'accentuation des symptômes, l'altération de l'état général, propose une nouvelle consultation.

Cette fois, la tumeur est plus régulière, bien mobile, mate, douloureuse à la mobilisation. On pense de plus en plus à un kyste de l'ovaire, avec adhérence ou torsion entraînant des phénomènes occlusifs. On propose l'intervention qui cette fois est acceptée. D'ailleurs on voit s'installer en quelques heures des signes d'occlusion qui l'imposent.

Intervention le 7 juin 1936. La laparotomie para-ombilicale est faite après anesthésie générale à l'éther.

Après ouverture du péritoine, on est surpris de l'apercevoir aucune anse grêle, aucun liquide ascitique.

On aperçoit tout de suite, en effet, une tumeur qui, par sa couleur brillante vernissée, son aspect, sa consistance ferme, élastique, ressemble à un kyste de l'ovaire.

Sous sa paroi épaisse allant de la grande courbure de l'estomac au pubis, il est impossible de retrouver les anses intestinales qui semblent être enfouies et disparues sous cette coque épaisse.

Prudemment on essaye d'inciser, de libérer cette coque, mais devant la difficulté et le danger de cette manœuvre, on y renonce. Une ponction prudente est pratiquée avec une petite aiguille fine ; le liquide qui est retiré ressemble à du liquide intestinal. Nous portons le diagnostic de péritonite encapsulante et, devant l'impossibilité de pratiquer un acte chirurgical utile, nous refermons la paroi en trois plans.

L'intervention est loin d'améliorer la malade ; les signes d'occlusion, loin de s'amender, s'accroissent ; les vomissements sont continus. Le pouls est rapide, les gaz sont rares. Nous portons un pronostic des plus réservés. Vers le cinquième jour, la malade rentre chez elle dans un état considéré, à tort, comme désespéré.

En effet, dans les jours qui suivent, les vomissements cessent, l'alimentation devient possible, l'état général se remonte, le ventre diminue et, en quelques mois, la malade est transformée.

Revue trois mois après, elle se trouve en parfaite santé, son abdomen est normal.

L'évolution de cette affection est assez difficile à préciser ; cependant, comme le montre en particulier cette dernière observation, la péritonite encapsulante évolue tôt ou tard vers l'occlusion et, de plus en plus, on peut espérer la guérison après une simple laparotomie.

Les malades non opérés meurent d'occlusion intes-

tinale ou de cachexie du fait que toute alimentation peu à peu devient impossible, et du fait de la stercorémie.

CLINIQUEMENT : en résumé, la péritonite encapsulante est une affection chronique à symptomatologie intestinale s'accompagnant souvent d'une tumeur. Tôt ou tard, elle conduira le ou la malade à l'intervention chirurgicale par des phénomènes abdominaux inquiétants ou des accidents d'occlusion.

DIAGNOSTIC

Etudions d'abord le DIAGNOSTIC POSITIF :

Comme on le voit après cette énumération de diagnostics erronés, il est presque impossible actuellement de reconnaître une péritonite encapsulante avant l'ouverture du péritoine pariétal.

Cependant on pourrait y penser en présence de signes gastro-intestinaux pouvant aller jusqu'à l'occlusion, associés à des signes de tumeur de siège et de volume variable qui ne rentre pas exactement dans le cadre des tumeurs connues.

De plus, comme le préconise M. le Professeur LÉ-NORMANT, en s'aidant de la radioscopie qui pourrait montrer : le refoulement gastrique par la tumeur, une disposition anormale en paquets des anses intestinales de petites sténoses multiples sur ces anses et parfois une subocclusion à l'entrée et à la sortie du sac.

Mais il en est autrement une fois le péritoine pariétal ouvert : le diagnostic positif alors s'impose.

M. PATEL nous dit : macroscopiquement, la lésion qui nous intéresse se présente comme une énorme fausse membrane épaisse (1, 2, 3 millimètres), blan-

che, brillante, engainant une étendue variable d'intestin avec lequel elle contracte des adhérences souvent lâches, tandis qu'elle est plus intimement unie aux mésentères, ou mésentère en particulier, surtout aux points d'entrée et de sortie de l'intestin.

A cela s'ajoute la possibilité d'adhérences de cette fausse membrane avec le péritoine pariétal et la possibilité de voir s'écouler, dès l'ouverture de l'abdomen, une petite quantité de liquide ascitique clair et nous aurons cité les caractères essentiels de la péritonite chronique encapsulante.

Pour le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, nous ne parlerons que du diagnostic à faire une fois le péritoine pariétal incisé.

Certaines lésions de péritonite chronique peuvent, en effet, induire en erreur le chirurgien.

Il ne faudra pas la confondre avec la péritonite *idiopathique adhésive* que BORKOWSKI a étudiée, mais qui ne présente pas un revêtement continu, est nacrée mais n'engaine jamais l'intestin et emporte le malade assez vite parce que récidive, semble-t-il, avec plus de force après chaque opération, alors que la péritonite encapsulante ne récidive pas et même disparaît complètement après une intervention même minime, comme le montre une observation de M. HARDOUIN.

De même il ne faudra pas la confondre avec la *péritonite tuberculeuse* qui a son ascite parfois énorme. Notre affection n'a que peu de liquide. De plus, dans la péritonite tuberculeuse, il y a des granulations diffuses et les anses intestinales collées entre elles ne

sont pas segmentées ni enrobées dans des cloisons intermédiaires à l'aspect blanc vernissé.

Le diagnostic est à faire avec les *hernies du grêle rétropéritonéales* à point de départ duodéal, étudiées par M. le Professeur Henri HARTMANN, et qui laissent toujours le gros intestin indemne. La poche est formée par le péritoine pariétal postérieur.

Il faudra penser aux *adhérences opératoires* : elles n'englobent jamais une aussi grande partie de l'intestin.

De même les *péritonites plastiques*, vestiges de la réaction du péritoine à une lésion abdominale inflammatoire qui sont nettement localisées.

Enfin, diagnostic avec les *périviscérites* et *péricolites* membraneuses d'aspect non vernissé, moins importantes et de faible épaisseur.

Il nous reste à étudier le DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE qui demeure obscur. On discute en effet beaucoup sur la cause des péritonites encapsulantes.

Nous ne nous attarderons pas sur la tendance chronique à fabriquer du tissu conjonctif, qui semble n'avoir que très peu de fondement.

Certains auteurs ont invoqué le traumatisme simple ou opératoire (GAZOTTI, JOSA). Or, la plupart des péritonites encapsulantes existent chez des gens jamais contusionnés ou opérés.

D'autres ont invoqué l'infection aiguë du péritoine qui laisserait un reliquat chronique d'inflammation : la grippe, pour TIESENHAUSEN, une septicémie (SCHOLD), le gonocoque venant par exsudation des an-

nexes (TEREBINSKI, FABÉROVA). Malheureusement, il n'y a que peu de cas où l'on retrouve dans les antécédents des malades un épisode aigu d'inflammation.

La syphilis qui donne de grandes adhérences péritonéales, pourrait être invoquée, mais chez la presque totalité des malades, on n'a trouvé aucun signe de syphilis et nous croyons, avec DEVAUX, qu'il ne faut pas y attacher grande importance.

La cholécystite a été rencontrée deux fois dans les antécédents (ANTONOPOULOS), or dans nombre de comptes rendus opératoires, on mentionne une vésicule saine.

De même on ne peut invoquer l'appendicite chronique : elle n'a été relatée qu'une fois comme cause certaine par MM. G. ROUHIER et P. LECŒUR.

Pour nous, la *tuberculose* semble être la cause fondamentale de la péritonite encapsulante.

Nous ne pouvons pas encore nous baser pour le prouver sur les signes extérieurs. Dans les antécédents cependant de certains, on retrouve une pleurésie, l'état général est toujours touché; enfin, comme pour les péritonites tuberculeuses, la simple laparotomie suffit à améliorer sinon guérir les malades.

Mais le DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE est là avec ses preuves : MM. WILMOTH, DELVAL et PATEL ont défini microscopiquement la péritonite encapsulante avec ses deux parties, une coque constituée faite à structure lamelleuse, pauvre en cellules, et une coque en évolution avec ses deux couches superposées, sans aucune

transition, la seconde ressemblant à la coque constituée.

Or, dans la première couche de la coque en évolution, on trouve très souvent la preuve de l'infiltration tuberculeuse, on y trouve en effet des follicules primitifs riches en cellules géantes, de type Langhans, des cellules épithélioïdes, une couronne lymphoïde des cristaux d'acides gras, des dépôts de calcium (ces deux derniers signes étant, d'après le Professeur HUGUENIN, une preuve de nécrobiose tuberculeuse).

Ainsi, en juin 1932, le Professeur LENORMANT disait : L'observation de M. SOUPAULT a le grand intérêt d'apporter une preuve certaine de la nature du processus morbide qui, en l'espèce, est la tuberculose. Le péritoine pariétal et viscéral était parsemé de granulations et l'examen histologique d'un fragment péritonéal prélevé à l'opération, a montré une infiltration très étendue tuberculeuse caractérisée par des follicules primitifs riches en cellules gantes conglomérées, constituant des amas nodulaires de grosseur variable. Ce n'est pas isolé et dans quatre autres observations de péritonite encapsulante la tuberculose était indiscutable : LEHRNBECHER a trouvé chez son malade un ganglion mésentérique caséeux. OUTSCHINNIKOW a observé des granulations tuberculeuses disséminées en grand nombre sur le péritoine, de même POULAIN et FERNET chez leur opéré. Enfin, dans le cas de PATEL et WILMOTH, l'examen d'un fragment de la néo-membrane, fait par M. LECÈNE révéla une tuberculose confluyente avec follicules typiques, cellules épithélioïdes et cellules géantes.

Or depuis, plusieurs cas nettement tuberculeux ont été rapportés : telle l'observation de MM. Charles BLOCH et Sylvain BLONDAIN et celle de MM. d'ALLAINES et JOMAIN qui mirent en évidence, dans une cellule géante, le bacille de Koch après coloration au Ziehl.

Nous y ajouterons les comptes rendus de nos observations inédites :

L'examen historique du Professeur CHEVREL fait sur une coupe du prélèvement de la membrane de Mme L. (observation 4, rapportée plus haut), montra la présence de lésions inflammatoires caractérisées par des nodules dont le centre est formé de cellules épithéliales et dont la périphérie est marquée par une couronne de lymphocytes dans laquelle on voit de nombreuses cellules géantes du type Langhans. Le diagnostic histologique est celui d'inflammation tuberculeuse.

De même le Professeur agrégé HUGUENIN donna le compte rendu suivant du prélèvement fait par M. Abel PELLÉ chez Mme P. (observation 2 donnée plus haut).

Paroi de péritonite encapsulante. La lésion est constituée par une coque fibreuse engainant une substance nécrotique tellement altérée qu'il est difficile de se faire une opinion sur elle. Néanmoins, on retrouve dans cette substance deux sortes d'éléments, d'une part des cristaux d'acides gras, d'autre part, des dépôts de calcium. Ces deux arguments conduisent à l'hypothèse que cette substance ainsi encapsulée était une nécrobiose tuberculeuse.

Comme on le voit, c'est la tuberculose qui semble être la principale cause de la péritonite encapsulante.

III

TRAITEMENT

Le traitement consiste à lever d'abord l'agent d'occlusion s'il existe, et ensuite à pratiquer l'ablation du sac en tout ou partie, selon les possibilités.

La technique sera la suivante : lorsque, après l'ouverture du péritoine pariétal on a constaté la membrane blanche brillante, qui masque le contenu abdominal, en un mot que l'on a reconnu une péritonite encapsulante, il faut d'abord libérer les adhérences avec la paroi, chose facile le plus souvent. Ensuite, rechercher exactement ce que contient le sac. Puis inciser doucement le sac fibreux en faisant attention à ne pas léser l'intestin qui est parfois très adhérent. A ce moment, on pourra voir s'écouler un peu de liquide ascitique ou surgir une anse intestinale si on a eu la chance d'inciser là où il n'y avait pas d'adhérences. On libère alors le plus possible l'intestin et on *essaye d'enlever la membrane*.

DEVAUX dit de pratiquer non seulement l'ablation du sac, mais encore des cloisons intermédiaires, c'est le plus souvent impossible.

Certains auteurs ont pratiqué des résections limi-

tées du grêle, c'est assombrir le pronostic inutilement.

Les Allemands versent de l'huile de paraffine dans l'abdomen pour faciliter les mouvements intestinaux. Or, la péritonite encapsulante ne récidive pas.

D'autres auteurs enfin, après quelques incisions prudentes de la membrane qui relâchent l'intestin, referment, et c'est souvent le parti le plus sage. Un intestin lésé assombrît en effet tout de suite le pronostic.

IV

PRONOSTIC

Que l'on fasse une simple laparotomie ~~ou~~ que l'on enlève en totalité ou en partie la membrane, le pronostic est bénin, malgré l'impression de gravité donnée par tous les symptômes.

D'autre part, comme le montrent la plupart des observations, une fois opérée, la péritonite encapsulante ne récidive pas.

Le Professeur HARDOUIN signale l'observation d'une jeune fille de 15 ans, qui présentait les symptômes d'un kyste de l'ovaire.

A l'opération, on trouve une péritonite encapsulante. Mon maître essaie d'enlever la membrane, mais de peur de léser l'intestin, s'arrête après quelques incisions qui libèrent les anses comprimées. Les suites opératoires sont très bonnes.

Un an après, la jeune fille revient à la consultation, elle raconte que tous ses troubles ont disparu : seule la cicatrice opératoire la gêne un peu. Une nouvelle opération est proposée pour refaire la paroi qui présente une légère éventration.

A l'intervention, M. HARDOUIN constate qu'il n'y a plus aucune trace de péritonite encapsulante.

Pour les malades non opérés, le pronostic est sombre : ils reviendront cachectiques et leur fin sera souvent hâtée par des accidents occlusifs.

CONCLUSIONS

Avec l'étude de la péritonite encapsulante, vient de naître un nouveau chapitre de pathologie chirurgicale.

Son étiologie est encore discutée, mais, avec la plupart des auteurs qui l'ont étudiée, nous pensons, en nous basant sur des arguments cliniques et microscopiques, que la tuberculose en est la principale cause.

La symptomatologie de la péritonite encapsulante semble encore difficile à préciser : on y trouve souvent une tumeur dont la variabilité, due sans doute à des crises occlusives, en fait une véritable tumeur à éclipses.

Malgré l'impression de gravité qu'elle donne, son pronostic est bénin.

La libération de la membrane encapsulante est des plus délicate. Il faut l'essayer, mais elle n'est pas

sans danger. La simple laparotomie, comme on la pratique depuis longtemps dans certaines péritonites tuberculeuses, suffit le plus souvent à obtenir la guérison.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONOPoulos. — Sur l'intestin glacé. *Zentralblatt für Gynäologie*, 1929, n° 50, p. 3409.
- APER. — Les péritonites encapsulantes. *Archivio Italiano*, Bologne, septembre 1934.
- ANGHEL. — La P. C. E. *Revue médico-chirurgicale de Jossy*, an. 45, mais-août 1933.
- ARNOUD. — La P. C. E. *Société de chirurgie de Marseille*, 26 février 1934.
- BRUCKENER. — La P. C. E. *Polska Gazeta Lekarska*, n° 25, 17 juin 1934.
- BORKOWSKI. — *Zentral für Chirurgie*, n° 5, 1930, p. 262.
- CHARLES. — Origine de la P. C. E. *Société d'Obs. et Gyn. de Paris*, 3 juin 1935.
- CORNÉA et COLHIMAN. — La P. C. E. *Miscarea Medicola Romana*, Cracovie, avril-mai 1934.
- CHEVALLIER. — La P. C. E. *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 24 septembre 1934.
- DIETRICH. — Communication. *Zentr. für Chir.*, 1929, p. 2603.
- DALLA TORRE. — La P. C. E. *Giornale Veneto di S. M.*, Venise, mars 1934.
- DE VERNEJOUL et FIGORELLA. — La P. C. E. *Marseille Médical*, 7 mars 1934.
- DE VERNEJOUL. — La P. C. E. *Soc. Chir. de Marseille*, 1934.
- ESAU. — Ueber polyserositis. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1913, p. 155.
- FISCHER. — Zuckergussmilz. *Münchner Med. Wochenschrift*, 1910, n° 14, p. 1038.

- FUTH. — *Zentr. für Chir.*, 1927, p. 546.
- FASANO (Mario). — *Atti della Società Italiana de Chir.*, octobre 1928.
- F. BRENTANO. — Occlusion aiguë par P. C. E. *Soc. de Chir.*, 6 nov. 1935, rapport Wilmoth.
- GIAPPONI. — *La P. C. E. Il Policlinico*, Rome, an. 42, 15 juillet 1935.
- GUINARD. — P. C. E. et périviscérite. *Soc. de Chir.*, 14 novembre 1934.
- HUGUENIN. — *Thèse de doctorat*, Genève, 1903.
- HOCHMILLER. — *Zentr. für Chir.*, 1931, p. 3204.
- JOSA (Ladislav). — *Zentr. für Chir.*, n° 27, 1927, p. 789.
- LAWEN. — Référence in *Münchener Med. Wochenschrift*, 1912, n° 38, p. 2083.
- LETUILLE. — La péritonite syphilitique. *Presse Médicale*, 1918, n° 52.
- L'ESTELLA. — Péritonite fibreuse encapsulante. *Gaceta Médica Española*, juin 1934.
- LIOTIER et IMBERT. — P. C. E. de nature tuberculeuse. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, n° 9, novembre 1934.
- MARIOTTI. — Contribution clinique à la P. C. E. *Il Policlinico*, Rome, n° 22, 4 juin 1934.
- MARMOL. — P. C. E. et salpingite tuberculeuse. *Rev. de Méd. y C. de la Habana*, an. 40, n° 11, 50 nov. 35.
- MANCEAUX et CRASTILLET. — Un cas de P. C. E. localisée. *Algérie Médicale*, Alger, an. 40, n° 98, février 1936.
- MAX. — *Zentr. für Chir.*, 1928, p. 1070.
- PISTOUHI. — La P. C. E. *Archivio Italiano di Chir.*, tome 29, 1931, p. 349.
- POULAIN et FERNET. — *Gaz. Méd. de Picardie*, octobre 1931, p. 349.
- POLICHETTI. — Un cas de P. C. E. avec moelena. *La Revista Médical*, Naples, an. 51, n° 21, 25 mai 1935.

- La P. C. E. *Minerva Médica*, Turin, n° 14, 7 avril 1935.
- POLIZZI. — La P. C. E. *Il Policlinico*, Rome, n° 224, 4 juin 1934.
- RAZEMON, TIPREZ et CUVELIER. — Péritonite encapsulante et sténose duodénale. *Echol Méd. du Nord*, Lille, 9 décembre 1934.
- SCHAER. — La P. C. E. *D. Z. für Chir.*, Berlin, vol. 244, 4 janvier 1935.
- S. BRUCKNER. — La P. C. E. *Zentr. für Chir.*, Leipzig, 17 novembre 1934.
- SNOEKS. — Un cas de P. C. E. *Soc. Belge de Gastro-Entérologie*, 31 mars 1934.
- SCHRODL. — *Zentr. für Chir.*, 1927, p. 1816.
- SCHUBIN. — *Zentr. für Chir.*, 1929, p. 1388.
- SOEKARJO. — Intestin glacé. *Zentr. für Chir.*, 1931, p. 2145.
- TOOLE. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. CCXIII, fasc. 1 et 2, décembre 1928 (contient la bibliographie antérieure).
- THWARTES, LOESTIA et BELLO. — La P. E. *Bul. de la Soc. de Obstet. y Gyn. de Buenos-Ayres*, 28 nov. 1934.
- USUA. — La P. C. E. *Giornale Veneto di Sc. Med. de Barcelone*, n° 126, juin 1934.
- VAN ROSEM. — Un cas de péritonite fibreuse encapsulante. *Neder. Tds. voor Gen.*, Amsterdam, an. 79, n° 9, 2 mars 1935.
- WILMOTH et PATEL. — La P. C. E. *Journal de Chirurgie*, tome 37, n° 3, mars 1931, et *Presse Médical*, n° 34, 27 avril 1932.
- Bulletins et Mémoires de la Société Nationale Chirurgie* :
N° 17 juin 1932. — Un cas de P. C. E. de nature tuberculeuse, par R. SOUPAULT. Rapport de M. Ch. LENORMANT.
- N° 18 juin 1932. — A propos de la P. E., par MM. F.-M. CADENAT et P. BROCCQ.

- N° 19 juin 1932. — A propos de la P. E., par M. BERGERET.
N° 21 juin 1932. — Un cas de P. C. E. par MM. ROUHIER et
LECOEUR.
N° 26 octobre 1932. — Un cas de péritonique chronique
appartenant peut-être au tableau de la P. C. E., par
MM. R. BERNARD et DELALANDE. — Un nouveau cas
de P. C. E., par M. PINSAN (rapport de L. BAZY). —
Discussion de MM. SOUPAULT et LENORMANT.
N° 28 novembre 1932. — A propos des P. E., par M. BER-
GERET.
N° 27 novembre 1932. — Un document sur la P. E., par M.
J. MADIER.
N° 30 décembre 1932. — Un cas de P. E. tuberculeuse, par
MM. J.-C. BLOCH et S. BLONDAIN.
N° 31 novembre-décembre 1932. — A propos de la P. E.,
par M. P. WILMOTH.
N° 19 juin 1933. — Un cas de P. E., par MM. TANASESCU et
BARBILIAN.
N° 6 février 1934. — A propos de l'origine de la P. E., par
MM. d'ALLAINES et JOMAIN.
N° 10 mars 1934. — Une observation de P. E., par M. P.
HARDOÛIN.
N° 30 novembre 1934. — La P. E., par M. U. GUIGNARD.
N° 29 novembre 1935. — Occlusion aiguë par P. C. E., par
M. P. FUNCK-BRENTANO (rapport de M. WILMOTH).

La Presse Médicale :

- P. WILMOTH, C. DELVAL et J. PATEL. — Sur la pathogénie de
la P. C. E., n° 34, avril 1932.
LENORMANT. — Un cas de P. C. E., 36 août 1933.

Thèses :

- Année 1932. — J. DEVAUX, Paris.
Année 1934. — J. TOURTELIER, Paris.

